

Dr(a). _____
CRM: _____
TEL: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA **SANGRAMENTO DIGESTIVO**

Nome do Paciente:	Prontuário:
Data do Exame:	Solicitado por:
Clínica/Hospital:	Leito/Enf.:
Tel. do Paciente:	Tel. Testemunha:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da equipe de Endoscopia Digestiva o Informativo sobre o procedimento denominado ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TRATAMENTO DE SANGRAMENTO DIGESTIVO. Compreendi que serei submetido ao procedimento, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca. O médico poderá examinar o esôfago, estômago e duodeno e, se necessário, realizar biópsias ou outros procedimentos. Sei que deverei estar em jejum absoluto por cerca de 8 horas, pois meu estômago deverá estar vazio, caso contrário haverá risco de broncoaspiração, ou seja, passagem de suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia.
2. Sei que serei submetido a uma sedação através da administração de medicação venosa e anestesia da garganta com um *spray* de lidocaína, visando reduzir ou abolir os reflexos de vômitos.
3. Eu recebi e compreendi as orientações pós-procedimento incluindo aquelas sobre a sedação.
4. Eu compreendi que, embora em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raros podem ocorrer reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.
5. Eu compreendi que este tratamento poderá ser realizado através da injeção de drogas, do uso de ligaduras mecânicas (elástico ou *endoclip*) ou através da aplicação de corrente elétrica (por eletrodo bipolar ou por plasma de argônio), a ser escolhido pelo médico durante o exame.
6. Estou ciente que estes procedimentos terapêuticos aumentam o risco de dor, perfuração ou ulceração. Existe ainda a possibilidade de serem necessários outros procedimentos adicionais para resolução do sangramento. A equipe médica me explicou que estas complicações, embora incomuns, podem ser sérias, e necessitam de hospitalização para observação clínica, podendo ser necessária cirurgia de urgência, e resultar em risco de morte.

7. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que a equipe médica irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.
8. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o Serviço de Endoscopia do Hospital_____.
9. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.
10. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr(a). _____
_____, CRM _____ executar o exame solicitado por
meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

_____, ____/____/____.

Nome legível

Assinatura (Paciente e/ou Responsável)

Nome legível

Assinatura (Testemunha)